THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 1er Juillet 1909 à 1 heure

PAR

Elie MOUSSOUR

De la Faculté de médecine de Paris
Ancien externe des Hôpitaux

DE LA

STOMATITE HERPÉTIQUE

(Etude clinique et diagnostic différentiel)

Président : M. HUTINEL, *professeur*

Juges MM. CHAUFFARD, *professeur*
CLAUDE, *agrégé*
NOBECOURT, *agrégé*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Éditeur
15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

332

A LA MÉMOIRE
DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

MONSIEUR LE DOCTEUR CHÉNIEUX

Professeur de Clinique chirurgicale à l'hôpital de Limoges

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR JUSTIN LEMAITRE

Professeur d'Anatomie

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades

Chevalier de Légion d'honneur

Envers lequel nous avons contracté une double dette de reconnaissance pour nous avoir fait l'honneur de nous accueillir dans son service, pour sa bienveillance toute particulière à notre égard et pour nous avoir inspiré et facilité notre modeste travail.

MONSIEUR LE DOCTEUR MUSELIER

Médecin des hôpitaux (Externat 1907-1908)

MONSIEUR LE DOCTEUR TISSIER

Médecin accoucheur des hôpitaux

(*Externat 1908*)

A qui nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Témoignage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE LA STOMATITE HERPÉTIQUE

(*Etude clinique et diagnostic différentiel*)

INTRODUCTION

Il nous a été donné, au cours de notre dernière année d'études médicales, d'observer chez l'enfant une affection, très fréquente, la stomatite herpétique. Cette affection, par sa symptomatologie quelquefois très bruyante, surtout à son début, par son évolution généralement bénigne, mérite d'attirer l'attention du praticien et doit être parfaitement connue de lui.

Nous avons pu, sous la direction aussi éclairée que bienveillante de M. le Docteur Comby, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades, suivre cette maladie sur une classe spéciale de malades, enfants pauvres venant à la Consultation du mardi, fillettes soignées salle de Chaumont d'où les règlements excluent les garçons. Les observations que nous aurions voulu encore plus nombreuses ne représentent qu'une partie des enfants atteints de cette affection et vus par

nous, car par sa bénignité elle permet le plus souvent aux parents de les garder chez eux et de leur donner un traitement suffisant.

Nous avons pu néanmoins suivre chez bon nombre de malades la marche de cette affection, et dans la mesure du possible en dégager l'étiologie, en établir la symptomatologie dans ses formes les plus diverses, en déduire enfin l'importance tant pour la pronostic que pour les conséquences possibles.

Cette maladie est certainement plus curieuse et intéressante qu'on pourrait le supposer de prime abord. Par elle-même elle est sans gravité, mais si l'on songe qu'elle peut être une source de dangers par les entraves qu'elle apporte à l'alimentation, par les troubles digestifs qu'elle entraîne bien souvent, par les maladies plus ou moins sérieuses auxquelles elle pourra servir de porte d'entrée, son étude deviendra vite attrayante et pleine de profits, car chez l'enfant en bas âge aucune manifestation morbide, si légère soit-elle, ne doit être ignorée ; à plus forte raison méprisée.

DÉFINITION

La stomatite herpétique est caractérisée anatomiquement par l'éruption sur les parois internes et quelquefois externes de la cavité buccale d'un plus ou moins grand nombre de vésicules, cliniquement par une température assez élevée au début, par une difficulté plus ou moins grande de la mastication, de la déglutition ou de la parole, par de l'inappétence et des troubles digestifs.

HISTORIQUE

C'est une histoire très ancienne, assez embrouillée et très curieuse que celle de la stomatite herpétique. Dans les écrits des plus vieux auteurs médicaux nous trouvons de nombreuses observations se rapportant sans nul doute à cette affection, mais où elle est la plupart du temps confondue avec les diverses affections de la bouche ; suivant les époques, c'est tantôt le muguet et l'angine gangréneuse, c'est tantôt la diphtérie ; actuellement elle n'est plus guère confondue qu'avec la stomatite aphteuse, maladie d'ailleurs bien différente.

Les œuvres de Boerhaave, de Van Swieten, de Pierre Franck, de Stol, d'Uxham, de Plenk en contiennent des descriptions assez exactes. Plenk désigne certainement les vésicules herpétiques lorsqu'il décrit les : « Parva albicantia et superficiala ulcuscula. Incipiunt sub forma vesicularum miliarium, quœ in apice foraminulum gerunt. »

Cependant Féron, dans sa thèse de 1858, regarde Willan comme le premier à en avoir tracé le tableau avec une netteté et une exactitude irréprochables, à

tel point que Batenam étudiant la même question se contente de le reproduire.

En France on vécut longtemps dans l'erreur. On continua d'appliquer les descriptions du muguet et de l'angine gangreneuse aux deux aspects ulcéreux et pseudo-membraneux que présente successivement la stomatite herpétique.

Bretonneau est un des premiers à reconnaître, dans son *Traité de la diphtérite*, que « l'existence d'une concrétion dans le larynx n'est pas l'indice certain d'un seul et même mode inflammatoire ». Walleix, Peter, sans profiter de la leçon, n'en continuent pas moins à rapporter à la diphtérie toutes les affections pseudo-membraneuses de la bouche, ce qui fait dire à Empis : « Depuis les travaux de M. Bretonneau, il semble que sous l'influence d'une fâcheuse interprétation des descriptions du célèbre médecin de l'hôpital de Tours, la plupart des praticiens prennent à cœur d'appliquer l'épithète de diphtérique à toutes les productions pseudo-membraneuses quels qu'en soient d'ailleurs les caractères et la nature ».

Plus tard, dans ses leçons cliniques, Trousseau met avec soin l'angine couenneuse commune en parallèle avec l'angine diphtérique et en précise la nature herpétique.

Depuis, la stomatite herpétique isolée, après les travaux de ces dernières années, a été surtout confondue avec la stomatite aphteuse. Cependant, après le mémoire de M. le Dr Comby paru dans les *Archives de médecine des enfants* en 1888, après la thèse de Lebon

en 1892, après l'étude de MM. Moizard et Grenet sur les aphtes, après celle de Pasquier et Voisin inspirés par M. le professeur Hutinel sur les aphtes confluents, il semble bien démontré que la stomatite herpétique est une entité morbide avec son étiologie, sa symptomatologie et son évolution spéciale. Beaucoup continuent à tort à l'appeler stomatite aphteuse et c'est cette erreur que nous allons tâcher de faire disparaître.

ÉTIOLOGIE

Lasègue disait en 1868 que l'herpès dérivait d'un vice herpétique ou dartreux de la constitution. Aujourd'hui nous savons que la stomatite herpétique est due tout simplement à une infection banale n'ayant aucun rapport avec l'hérédité, pouvant survenir dans les conditions les plus diverses, sous l'influence des causes les plus variées, causes prédisposantes locales ou générales, causes déterminantes autogènes ou hétérogènes.

On a souvent incriminé le froid. Ce serait en Angleterre et en général dans les pays froids qu'on observerait le plus communément cette maladie ; elle serait plus rare dans les pays tempérés. C'est de même aux saisons où l'on est le plus exposé à un refroidissement, en automne, au printemps que surviendrait la stomatite herpétique.

Le sexe n'est peut-être pas aussi indifférent à cette maladie qu'on le croit habituellement ; nous l'avons vue très souvent, chez les jeunes filles, beaucoup moins souvent chez les garçons ; en tout cas nous devons signaler une éruption vésiculaire spéciale à la femme, au moment de la menstruation ou après la parturition.

L'âge a également une très grande influence. On observe cette maladie un peu à tous les âges, mais il est hors de doute qu'elle est plus fréquente chez l'enfant et c'est de deux à quatre ans que nous avons observé le plus grand nombre de cas.

Le travail de la dentition ne joue pas le grand rôle que lui donnaient certains, c'est à peine si l'on peut dire que « les stomatites figurent parmi les accidents incontestables de ce travail physiologique dont on a voulu jadis exagérer la portée. Rares chez les nourrissons bien portants et soumis à un allaitement naturel bien réglé, elles frappent surtout les victimes de l'allaitement artificiel, elles relèvent à ce titre des infractions hygiéniques qui jouent un si grand rôle dans la pathologie du jeune âge ». Cependant nos observations personnelles nous permettent de dire qu'on trouve quelquefois, plus rarement peut-être, la stomatite herpétique chez des enfants nourris exclusivement au sein, et chez des enfants plus âgés, de constitution normale et en temps ordinaire très bien portants. Aussi devons-nous incriminer comme une des causes des plus fréquentes de la stomatite herpétique toute cause irritative qui vient altérer la muqueuse buccale, permettre la pullulation, exalter la virulence des hôtes normaux de la bouche. La carie dentaire, assez fréquente chez l'enfant, avec ses chicots à arêtes piquantes, ulcère facilement la muqueuse génienne, surtout la muqueuse buccale qui vient s'y frotter continuellement. Les divers aliments irritent également la muqueuse buccale, les uns

mécaniquement, du fait de leur forme ou de leur consistance, les autres par leur composition chimique, quelques-uns par leur température : autant d'ulcérations, autant de portes d'entrée aux microbes.

Tout ce qui affaiblit l'état général de l'individu prépare une défaillance de la muqueuse buccale et pourra être cause à un moment donné de stomatite herpétique. Ainsi les enfants non vigoureux, souvent affaiblis par les privations, soumis à une nourriture trop grossière, sujets par le fait même à de fréquents troubles digestifs, n'offrent qu'une résistance minime à l'infection.

A ces diverses causes nous pouvons joindre encore une influence du milieu où vit l'enfant, l'état de misère de la famille, une habitation insalubre avec le manque d'hygiène, le manque de soins. Livré à lui-même, il porte instinctivement à sa bouche tous les objets qui lui tombent sous la main, ou bien il suce ses doigts souillés pour satisfaire sa faim, quand la mère elle-même ne les remplace pas par les siens pour lui donner l'illusion d'une tétée intempestive réclamée à grands cris ou calmer une souffrance de cause ignorée.

Chez l'individu sain la salive balaye et délaye incessamment les colonies microbiennes au fur et à mesure qu'elles se forment, mais pour remplir ce rôle efficace il faut qu'elle soit de quantité suffisante, de composition normale, or, nombreuses sont les maladies qui diminuent ou tarissent cette sécrétion, ou encore modifient sa composition.

D'autres fois l'inflammation de la bouche peut provenir d'une inflammation de voisinage (Jit, Bergeron, Comby) et nous avons alors des stomatites érysipélateuse, impétigineuse, varicellique, etc., que nous apprendrons à distinguer de la stomatite herpétique.

Sous toutes ces influences les germes qui vivent en saprophytes dans la bouche vont pulluler et acquérir parfois des propriétés virulentes considérables et la muqueuse affaiblie, privée de ses moyens de défense ne va plus résister à l'attaque ; bien faible est la barrière épithéliale qu'elle peut opposer à l'ennemi, et bien luxuriante et forte est la colonie microbienne qui vit dans la cavité buccale. Pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, colibacilles, etc., s'accommodent très bien d'une vie commune et si on s'en tient au chiffre de Vignal il n'y aurait pas moins de vingt-cinq espèces différentes de microbes dans la bouche de l'individu le plus sain. Aussi Netter fait-il une réflexion très juste en disant qu'il n'y a pas de foyer intrinsèque aussi important que la bouche et pour la quantité des microbes qu'il renferme et pour la situation qu'il leur fournit.

Y a-t-il un microbe spécifique de la stomatite herpétique ? Nous ne le croyons pas. D'après nos recherches personnelles, nous ne trouvons dans les exsudats et les pseudo-membranes que les microbes que nous avons énumérés plus haut. Aussi pouvons-nous dire que la stomatite herpétique est due aux microbes de la bouche, hôtes habituels ou hôtes de passage.

Nous ne croyons pas non plus à la contagion familiale ou autre. Des enfants observés par nous, nous avons pu dans quelques cas avoir des renseignements complets sur l'état de santé de l'entourage sans jamais retrouver une affection analogue ; le cas contraire n'infirmerait en rien d'ailleurs notre affirmation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les éléments vésiculaires de la stomatite herpétique passent par diverses phases qu'il nous faut considérer successivement pour en avoir une connaissance exacte et précise.

La lésion débute par une rougeur, puis une nodosité apparaît enfin la vésicule due à la nécrobiose des éléments cellulaires. Cette vésicule est formée en effet de l'épithélium que soulève un liquide séreux, transsudé, contenant des leucocytes et de la fibrine. A un moment donné la vésicule s'ouvre; tantôt l'ouverture est punctiforme, le liquide s'écoule alors et il reste une pseudo-membrane qui va s'épaississant par l'accumulation de leucocytes, de fibrine et de cellules épithéliales, tantôt il se produit une ulcération, la paroi vésiculaire est emportée tout entière et il reste un fond ulcéré, un peu déchiqueté sur les bords, à fond rouge ou sanieux, grisâtre, contenant divers éléments dont l'accumulation à un moment donné pourra former également une pseudo-membrane.

Peu à peu ces formations nouvelles disparaissent résorbées ou balayées ; par-dessous l'épithélium s'est reproduit assez rapidement et à la place des

pseudo-membranes on aperçoit une nouvelle muqueuse ne différant de l'ancienne que par une rougeur assez vive qui va d'ailleurs disparaître très vite.

SYMPTOMATOLOGIE

La stomatite herpétique débute bien souvent par un frisson solennel comme celui de la pneumonie, par une céphalée tellement intense qu'elle peut simuler la méningite, par de la sécheresse et de la cuisson de la bouche. La fièvre est constante, mais plus ou moins élevée, en tout cas disproportionnée. Elle ne dure généralement que les deux ou trois premiers jours, et disparaît quand se fait l'éruption des vésicules qui semblent marquer alors la fin de la maladie.

A la période d'état le malade se plaint toujours de courbature extrême, de malaise, de fatigue générale, de céphalalgie qui dans quelques cas est intense, gravative, frontale, quelquefois occipitale. Il est agité ; la peau est chaude, le pouls rapide. La langue est pâteuse, recouverte en son milieu d'un enduit limoneux plus ou moins épais, elle est rouge à la pointe et sur les bords. Les papilles sont plus saillantes qu'à l'ordinaire ; la langue paraît énorme et à l'étroit dans la bouche qui est entr'ouverte et le malade bave la salive que sécrètent abondamment ses glandes. Le dégoût des aliments, la constipation ou la diarrhée

indiquent une concomitance presque constante de troubles digestifs et de stomatite herpétique. L'haleine est quelquefois fétide, la mastication souvent impossible, la déglutition douloureuse. Les ganglions lymphatiques siégeant aux angles du maxillaire inférieur sont toujours infectés mais médiocrement douloureux et toujours peu gros, ne rappelant en rien le cou proconsulaire de la scarlatine ou de la diphtérie.

Dans les cas ordinaires l'examen de la gorge montre une rougeur diffuse des piliers, du pharynx, des amygdales, celles-ci sont turgescentes, augmentées de volume et quelquefois recouvertes d'exsudats blanchâtres. Parfois la luette est infiltrée et allongée et contribue à rétrécir l'isthme du pharynx, à produire une gêne plus ou moins grande de la respiration ; elle vient en même temps toucher la base de la langue et provoquer soit des nausées, soit des mouvements douloureux de la déglutition. Les gencives sont gonflées, rouges. Mais la caractéristique de la stomatite herpétique est, deux ou trois jours après ces prodromes, l'apparition de vésicules herpétiques.

L'éruption herpétique est tantôt discrète, tantôt confluente ; elle se fait comme une explosion, en masse ou successivement. Le siège de prédilection est la face interne de la lèvre inférieure, la pointe et les bords de la langue. Les vésicules se montrent très souvent sur la face interne de la lèvre supérieure, sur la voûte palatine, la face interne des

joues, la face inférieure de la langue, les amygdales. En somme, on peut en trouver sur toutes les parties de la muqueuse buccale ; on les a même vues s'étendre au pharynx et à la trompe d'Eustache.

Les vésicules herpétiques se montrent également 7 fois sur 11 sur les parties avoisinant les narines, l'orifice buccal, sur le menton.

Le nombre des vésicules est très variable et n'est presque jamais en rapport avec l'intensité des phénomènes généraux et même avec la douleur et la gêne de la déglutition, car bien souvent l'éruption existe encore que la douleur a disparu. Bien variable également la forme et la grandeur de ces vésicules, les unes sont punctiformes, d'autres de la grandeur d'une lentille avec des grandeurs intermédiaires. Les vésicules sont presque toutes polycycliques, car très souvent elles sont confluentes et fusionnent leurs bords ; mais toujours elles sont séparées de la muqueuse saine par un petit sillon rougeâtre que borde un petit liseré rouge de muqueuse enflammée. On peut dire qu'en général elles sont de deux sortes, les unes transparentes, agminées, qui disparaissent en deux ou trois jours, ne laissant qu'une ulcération indistincte, les autres remplies d'un liquide blanc laiteux ou qui paraît avoir cette coloration par l'opacité de l'épithélium. Toutes ces vésicules se rompent à un moment donné, mais l'ouverture des premières est punctiforme, invisible ; la paroi de la vésicule s'affaisse et si sa situation dans la cavité buccale lui

évite les traumatismes, cette paroi va se résorber peu à peu et faire place progressivement à une muqueuse saine. Les autres, au contraire, ont une ouverture très large, la paroi est emportée si elles sont confluentes et l'on constate alors de vastes ulcérations de plusieurs centimètres carrés, pouvant recouvrir toute la face interne de la lèvre inférieure, une bonne partie de la langue ou de la voûte palatine.

La durée de la maladie est d'un septénaire environ, et on peut dire qu'elle est d'autant plus courte que l'éruption est moins intense. Il n'en est pas toujours ainsi. L'éruption atteint quelquefois d'emblée son summum d'intensité locale et générale, pour décroître rapidement et se terminer par résolution en quelques jours. D'autres fois l'affection marche plus lentement, quelques vésicules apparaissent, puis après leur disparition quelques autres vésicules viennent prolonger la durée de l'affection. Ces dernières sont plutôt opalines, nimbées d'une auréole rouge de muqueuse enflammée qui leur donne l'aspect d'une perle enchâssée dans la muqueuse.

L'herpès labial peut apparaître, puis s'arrêter au début de son évolution pendant que l'herpès du pharynx poursuit au contraire sa marche et *vice-versa*.

Quelquefois après la guérison d'une première éruption il s'en produit une seconde, mais généralement beaucoup moins fébrile que la première et avec des phénomènes généraux plus atténués.

COMPLICATIONS

La stomatite herpétique étant une affection bénigne, les complications en sont rares. On ne peut considérer comme complication l'herpès labial, c'est la même évolution morbide.

Nous avons trouvé quelquefois après l'évolution de cette maladie une sensation douloureuse des muscles du cou ; quelquefois aussi, mais rarement, on a vu l'engorgement des ganglions se terminer par un abcès. Il semblerait que cette affection favorise l'hypertrophie des amygdales et prédispose aux angines à répétition. Ce qu'il y a à craindre, c'est l'infection grave pouvant survenir quand la vésicule a été remplacée par l'ulcération, petit foyer anfractueux très favorable au développement et à la superexaltation de virulence des microbes pathogènes. Ainsi, après la stomatite herpétique, nous voyons fréquemment l'enfant faire une bronchite, une rougeole, une diphtérie ; cette ulcération n'est-elle pas aussi une porte ouverte à la tuberculose et une de ses causes les plus fréquentes.

Chez l'enfant au sein ou au biberon il y a toujours à craindre une dénutrition rapide ; la douleur de la

déglutition lui fait refuser les aliments qu'on lui présente et rend l'alimentation défectueuse. Ce malheureux être dépérit en quelques jours et dès lors est sujet à toutes les infections.

DIAGNOSTIC

Les symptômes généraux étant communs avec la plupart des maladies infectieuses, le diagnostic se fera par l'examen de la bouche.

La rougeur de la muqueuse, mais surtout les vésicules ou les ulcérations qui leur font suite, les dépôts pseudo-membraniformes qui les recouvrent, les ganglions angulo-maxillaires plus ou moins envahis, le dégoût des aliments et la sensation de brûlure suffisent pour imposer le diagnostic de stomatite herpétique. Par ces divers symptômes elle est facile à distinguer de la plupart des maladies infectieuses de la bouche, avec lesquelles à plaisir la confondaient les anciens. La céphalalgie peut la faire confondre avec une affection cérébrale, mais les autres signes écartent cette erreur; le frisson, la fièvre du début font penser à une pneumonie, mais l'auscultation est négative et d'autre part on sait que cette affection pulmonaire ne s'accompagne pas de céphalée. Cependant cette affection passe par diverses phases qui, considérées isolément, nous exposent à la confondre avec des maladies présentant à un moment donné des symptômes analogues. A la période de

début on est exposé à la confondre avec la stomatite érythémateuse, à la période d'état avec les petits kystes de Guyon et de Thierry (*Archives de physiologie*, 1869) siégeant au nombre de trois ou quatre sur le voile du palais, sur le rebord alvéolaire supérieur, s'ulcérant quelquefois, mais guérissant toujours au huitième mois, surtout encore avec la stomatite aphteuse, maladie infectieuse et contagieuse dérivant des ovidés ou des bovidés, vers la fin de son évolution avec les stomatites ulcéreuses ou ulcéro-membraneuses, enfin avec les manifestations diverses qui accompagnent tantôt la diphtérie, tantôt la varicelle, l'impétigo, etc.

Le diagnostic différentiel de ces stomatites a son importance, car il permet de mettre à leur place ces manifestations diverses et de porter un pronostic. Le diagnostic en est quelquefois délicat et repose sur des caractères et des symptômes qui n'ont souvent que de simples nuances entre eux et qu'une étude minutieuse révèlera. Nous allons successivement les passer en revue.

Stomatites érythémateuse et pultacée. — Elles peuvent être confondues avec le début d'une stomatite herpétique. Mais la rougeur de la première et dans la seconde la production exagérée d'épithélium sous forme d'un enduit très léger, opalin déposé sur la muqueuse ne s'accompagnent jamais de vésicules. Pour s'assurer que l'enduit pultacé n'est pas un exsudat pseudo-membraneux recouvrant une ulcération vésiculaire, il suffit de passer le doigt pour

l'enlever, faire apparaître au-dessous une muqueuse enflammée, non entamée et faire le diagnostic.

Stomatite aphteuse. — La stomatite aphteuse est une maladie générale, infectieuse et contagieuse. L'éruption de vésicules aphteuses n'est qu'un symptôme ; elle comporte une incubation, des prodromes et des symptômes généraux particuliers. Son microbe n'est pas encore connu. Lœffler chargé de cette question au Congrès de Berlin admet l'existence d'un microbe, mais tellement ténu qu'il se trouve au delà des limites de la visibilité ; il a réussi à l'inoculer, mais non à le cultiver.

Cette stomatite aphteuse spéciale aux bovidés et aux ovidés peut se rencontrer chez l'homme. La cocotte a été alors transmise le plus souvent par l'ingestion de lait provenant d'animaux atteints au niveau des trayons des ulcérations de la fièvre aphteuse. Or, pour un certain nombre d'auteurs, Ruault, Houssaye, entre autres qui ont pu observer des cas de contagion, toute stomatite caractérisée par une éruption vésiculo-ulcéreuse particulière serait le résultat de la contagion par le lait de vache atteinte de la cocotte, maladie qui, d'après les mêmes auteurs, serait plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Ils englobent donc tous les cas de stomatite herpétique dans la stomatite aphteuse. M. Comby, Leroux dans la thèse de M. Lebon ont réagi contre ces acceptions trop exclusives. Ils admettent bien la stomatite aphteuse, mais dans les seuls cas où elle résulte de la contagion par les vaches ; or nos recherches person-

nelles nous permettent de dire que ces cas sont rares.

Mais est-ce la même maladie ? Sont-elles deux maladies différentes ?

Au point de vue de la lésion locale anatomique, les deux maladies peuvent paraître identiques, mais elles diffèrent en outre par le mode d'invasion, les symptômes, la marche, la durée, le pronostic.

Les vésicules de la stomatite aphteuse sont éphémères et s'ulcèrent très vite. La muqueuse buccale est rouge, tuméfiée. Comme dans la stomatite herpétique, la mastication et la déglutition sont douloureuses, la langue est saburrale, la fièvre inconstante, et le malade agité refuse de s'alimenter.

L'éruption ne présente pas le groupement spécial de la stomatite herpétique, car elle peut être généralisée sur tout le corps, principalement au niveau des membres supérieurs et des mains. M. Comby, qui n'a jamais vu de localisation cutanée dans la stomatite aphteuse en différencie les ulcérations de la façon suivante : « Les ulcérations, dit-il, sont isolées, peu nombreuses, occupant de préférence la langue et le palais, ne dépassant pas généralement les dimensions d'un grain de chènevis, atteignant parfois celles d'une lentille ; les lésions sont gênantes, douloureuses, beaucoup plus profondes que dans la stomatite herpétique, l'état général est plus grave. » D'autre part, la vésiculo-pustule de l'aphte a une teinte jaunâtre qui n'est pas due seulement au siège muqueux de l'éruption, car au niveau de l'amygdale

on peut parfois observer la différenciation objective de la stomatite herpétique et de la stomatite aphteuse. D'après Worms la vésicule de l'aphte est un élément anatomique très spécial contenant non pas du liquide mais une matière sébacée jaunâtre, pathognomonique de cette lésion qui correspond à une stomatite folliculeuse.

La variété la plus diverse sous laquelle se présentent les vésicules nous oblige à dire que lorsqu'il y a doute, le caractère objectif des lésions n'est pas suffisant pour établir un diagnostic rigoureux. Une lésion locale de la bouche peut être l'occasion d'une infection générale grave et il est bien difficile, en pareil cas, de savoir si cette infection est banale ou spécifique, si elle correspond ou non à la cocotte des bovidés. Une enquête etiologique rigoureuse, souvent impossible, pourrait seule trancher la question. M. Roché a repris et critiqué les faits de prétendue fièvre aphteuse d'origine bovine et il a montré que l'origine animale des accidents n'est prouvée que dans un petit nombre de cas. En outre, M. Nocard déclare que chez les animaux on observe souvent une éruption aphteuse sporadique, exactement semblable objectivement à la fièvre aphteuse épizootique.

Nous savons aujourd'hui que la cocotte des bovidés est rare, car éminemment contagieuse, les animaux atteints sont immédiatement isolés, leur lait n'est pas utilisé, et le pays où siège l'épidémie est soumis

à des règles particulières. Or, nous pouvons dire que la stomatite aphteuse et la stomatite herpétique sont rares à la campagne, que cette dernière affection se montre surtout chez l'enfant pauvre des villes. Les enfants que nous avons vus, pour la plupart ne buvaient pas de lait, n'avaient jamais été en contact avec des animaux domestiques, quant aux autres ils ne prenaient que du lait stérilisé. Cette enquête que nous avons faite avec toute la conscience possible, nous permet de dire que dans presque tous les cas, sauf ceux où la contagion serait nettement établie, on doit conclure à la stomatite herpétique simple, car elle est aussi fréquente que l'autre est rare.

Aphtes confluents. — Autrefois les aphtes confluents servaient, comme la stomatite herpétique, à désigner tantôt le muguet, tantôt la gangrène de la bouche. Actuellement on désigne sous ce nom les vésicules banales que l'on observe chez des malades atteints d'affections très graves, et constituent dans ce cas un élément de pronostic fâcheux. C'est ainsi que dans un récent et important mémoire le comprennent MM. du Pasquier et Voisin, inspirés de M. le professeur Hutinel. Au cours d'une infection, le plus souvent une grippe, une pneumonie, une méningite cérébro-spinale, il se fait dans la bouche et sur les lèvres une éruption vésiculaire. Ces vésicules s'ulcèrent, ces ulcérations se recouvrent de fausses membranes qui se résorbent peu à peu et font place à une muqueuse saine. Dans ce cas il serait difficile de les confondre avec les vésicules de la stomatite her-

pétique, aussi n'est-on exposé à se tromper que lorsque ces vésicules sont les signes avant-coureurs de ces affections, et alors on remarque qu'elles se flétrissent très vite, sans passer par les phases successives d'ulcérations et de fausses membranes.

Aphtes de Bednar. — Ce sont des ulcérations superficielles qu'on trouve chez le nourrisson ; elles siègent symétriquement à droite et à gauche, sur la partie postérieure de la voûte palatine près du rebord alvéolaire ; ce sont les ulcérations ptérygoïdiennes que Parrot a signalées chez les athrepsiques. En réalité, ce sont des ulcérations de décubitus qui se produisent sous l'influence de la succion et de la pression de la langue sur des tissus qui ont perdu leur vitalité ; donc pas de symptômes généraux ; leur siège, leur forme, leur cause suffit à les différencier des ulcérations de la stomatite herpétique.

Stomatites ulcéreuses. — On appelle ainsi et on ne doit appeler ainsi que les stomatites ulcéreuses sans phase vésiculaire ; différenciation essentielle de la stomatite herpétique.

Dans la stomatite ulcéro-membraneuse on observe la plupart du temps une ulcération unique siégeant au niveau des gencives ; elle est assez profonde, les bords en sont déchiquetés, le fond sanieux se recouvre d'un exsudat grisâtre, l'haleine est toujours très fétide. L'aspect de cette ulcération, l'irrégularité de ses bords, son isolement, son origine locale, suffisent à la distinguer.

Stomatite exfoliatrice desquamative linguale. —

L'herpès buccal s'accompagne quelquefois d'une affection décrite par Louis Guinon dans la *Revue des maladies de l'enfance* en 1887, sous le nom de stomatite exfoliatrice desquamative linguale. Elle est due à une action irritante exercée sur la muqueuse de la langue par le contact du biberon, ou d'aliments malpropres et indigestes. Dans cette affection les symptômes fonctionnels sont rares; elle est toujours cantonnée sur la face dorsale de la langue qui à ce niveau apparaît lisse, vernissée, comme dans la scarlatine ; sur les bords de la desquamation s'élève une plaque épithéliale épaissie, blanchâtre, taillée à pic et qui semble destinée à disparaître à son tour, la langue conserve sa souplesse et son volume. Ces divers symptômes suffisent à la distinguer et à la caractériser.

Stomatite impétigineuse. — A la suite d'impétigo aigu, jamais de l'impétigo chronique, la bouche présente quelquefois de petites ulcérations qu'on pourrait confondre avec celles de la stomatite herpétique. Mais, dit M. Comby, « elles sont plus larges et plus irrégulières que celles de l'herpès, leur fond est jaunâtre et recouvert de débris épithéliaux plus épais ; la muqueuse environnante est rouge et saillante ; la salivation est augmentée, l'haleine est parfois fétide et les ganglions sous-maxillaires sont souvent engorgés et douloureux à la pression.

« Les ulcérations sont peu nombreuses, elles prédominent à l'entrée de la bouche sur la face muqueuse des lèvres, mais elles envahissent aussi les gencives

et la langue ; parfois cet organe est pris à l'exclusion des autres régions de la bouche ».

. . . . . .

Certainement « cette variété aiguë ulcéreuse ou érosive est à rapprocher de la stomatite herpétique dont elle diffère par les caractères objectifs de ses ulcérations plus larges, plus irrégulières, plus rares, non groupées, et surtout par la coexistence des pustules typiques, d'impétigo facial aigu ». Le diagnostic est donc facile.

Stomatite dans la varicelle. — La varicelle s'accompagne fréquemment de pustules et d'ulcérations buccales qu'on pourrait rapprocher de celles de la stomatite herpétique. L'exanthème varicellaire est constitué par des vésicules isolées comme celles de la peau. L'aspect de ces éléments éruptifs, leur superficialité, leur forme circulaire permettent, surtout avec l'exanthème caractéristique, de faire le diagnostic. Elles entament à peine l'épithélium, alors que les vésicules herpétiques, si elles ont parfois la même forme et les mêmes dimensions, la même dissémination, sont plus profondes et se recouvrent d'un exsudat plus épais.

Stomatite diphtérique. — La stomatite à bacille de Lœffler est rare ; elle est primitive ou secondaire à l'angine diphtérique. Ce n'est que dans le premier cas que le diagnostic peut offrir quelques difficultés. Une stomatite diphtérique primitive présente des symptômes généraux et locaux analogues à ceux de la stomatite herpétique. Fièvre intense, dispropor-

tionnée avec les lésions, douleur et engorgement ganglionnaire, pseudo-membranes militent tout aussi bien pour l'une et l'autre affection.

Cependant, dans la diphtérie, les lèvres et la face gingivale de la lèvre inférieure le plus souvent sont fréquemment atteintes. Puis vient la langue sur les bords de laquelle se voient des plaques discrètes d'ordinaire peu étendues. Les pseudo-membranes s'étendent peu, en général elles ne dépassent pas la dimension d'une pièce de cinquante centimes à un franc. Elles sont épaisses, grisâtres, souvent molles, très adhérentes et reposent sur une muqueuse enflammée, saignante.

Dans la stomatite herpétique les ganglions sont moins engorgés, les phénomènes généraux moins intenses, les lésions guérissent plus vite. Dans la stomatite diphtérique la lésion reste rarement locale et peut se compliquer gravement.

Dans les cas douteux, l'examen bactériologique sera très utile et s'il montre le bacille de Lœffler associé au streptocoque ou au staphylocoque, le pronostic sera sérieux. Quelquefois, malgré les signes cliniques indiquant une stomatite diphtérique, l'examen bactériologique sera négatif. Dans ce cas il ne faut pas hésiter à donner raison aux symptômes cliniques et agir en conséquence, car mieux vaut se tromper que d'exposer le malade à de graves complications. Sur la fin de la maladie il peut arriver d'ailleurs qu'un nouvel examen soit positif. (Clinique du samedi, 15 mai 1909, par M. le professeur Hutinel.)

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

Les relations pathogéniques que nous avons montrées entre la stomatite herpétique et la dentition, les écarts de régime, le manque d'hygiène, la malpropreté de la bouche et toutes les causes pouvant irriter et léser la muqueuse indiquent suffisamment les mesures prophylactiques à adopter.

Il faudra surveiller l'éruption dentaire, remédier à ses imperfections. L'allaitement artificiel, les aliments trop grossiers ou indigestes seront éloignés. Chez les enfants mal nourris, en voie d'athrepsie, l'état de la bouche sera suivi de très près, les chicots seront arrachés, la carie sera traitée. On veillera à ce que l'enfant ne porte aucun objet malpropre à sa bouche, qu'il ne suce ses doigts, les hochets sont à supprimer.

La rougeur et la sécheresse de la muqueuse, la réaction acide au tournesol indiqueront un emploi immédiat et fréquent des lavages alcalins, eau de Vichy ou autre, eau de chaux, eau bicarbonatée sodique artificielle.

Chez les petits enfants athrepsiques, avant l'apparition de tout symptôme, sécheresse ou cuisson de la bouche, il sera prudent de leur donner de temps

en temps une cuillerée à café d'une solution alcaline, de leur laver la bouche avec la même solution : après chaque tétée, après chaque repas, un pinceau d'ouate hydrophile trempé dans une solution alcaline est passé rapidement dans la bouche de l'enfant, les débris d'aliments sont enlevés, la muqueuse buccale nettoyée et ainsi sera empêché le développement des bactéries.

Grâce à ces pratiques très simples et à la portée de tout le monde, d'une exécution facile et sans danger, on neutralisera l'acidité du milieu buccal en même temps qu'on assurera sa propreté. La stomatite herpétique et bien d'autres maladies plus graves seront évitées.

Le traitement proprement dit consiste à laver plusieurs fois par jour la bouche avec une solution de chlorate de potasse ; au gargarisme, nous préférons l'attouchement direct des parties malades avec un collutoire soit de chlorate de potasse, soit de borate de soude, formulés de la façon suivante :

Borax..... 2 grammes
Glycérine..... 20 grammes

A ce collutoire nous préférons encore une solution d'eau oxygénée dédoublée ainsi :

Eau oxygénée à 12 volumes.....
Solution de bicarbonate de soude à 2 o/o } ââ

C'est ce que nous avons employé dans tous nos cas

de stomatite herpétique et nous n'avons qu'à nous en louer.

Si les ulcérations sont profondes, étendues et paraissent fortement infectées, il sera bon de faire des attouchements à la teinture d'iode. Mais nous ne saurions néanmoins trop recommander d'éviter les caustiques, les solutions irritantes qui pour être plus énergiques n'en sont pas plus efficaces.

Enfin il ne faut pas négliger l'état général, s'assurer que l'alimentation est rationnelle et suffisante. Pendant la période fébrile on s'en tiendra au lait bouilli.

Avant tout ne pas négliger la cause, et si l'enfant a l'habitude de porter ses mains à la bouche, de se faire ainsi des inoculations répétées, il est de toute nécessité de lui immobiliser les mains pour l'en empêcher.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Fille de vingt-deux mois. — Stomatite herpétique

C... Marcelle, entre le 22 février 1901, salle de Chaumont pour anorexie.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de trente ans, bien portant, mère, vingt-neuf ans, bien portante, a eu trois enfants, est encore enceinte ; un de ses enfants est mort à l'âge de quatre mois et demi de diarrhée infantile, l'autre est bien portant.

Antécédents personnels. — Née à terme, après une grossesse normale et un accouchement naturel, l'enfant a été nourrie au biberon à la campagne. Elle a mangé de très bonne heure ; première dent à un an, ne marche pas encore. A l'âge de deux mois, diarrhée infantile et gros ventre. A dix mois, pneumonie ; à un an rougeole, puis coqueluche. Au mois d'octobre 1900 est entrée salle Gillette pour diarrhée verte et bronchite ; guérison au bout de trois semaines.

La maladie actuelle a débuté dans les premiers jours de février, depuis cette époque elle a perdu l'appétit ; dort mal. Le 17 février, dans la nuit, elle eut de la fièvre, fut très agitée ; les jours suivants cet état persiste, l'enfant a eu des cauchemars, est constipée, est toujours très agitée.

Etat actuel. — On constate au niveau des lèvres et de la lan-

gue quelques vésicules herpétiques ; l'enfant est toujours agitée, ne mange pas, boit difficilement ; elle ne tousse pas et ne présente rien d'anormal à l'appareil pulmonaire et à l'appareil circulatoire.

On lave la bouche de l'enfant avec de l'eau oxygénée dédoublée ; les vésicules disparaissent en deux ou trois jours ; l'appétit revient ; elle sort guériele 7 mars 1901. A aucun moment elle n'a eu de fièvre.

OBSERVATION II

Fille de vingt-deux mois. — Stomatite herpétique et otite

21 mai 1901. L... Suzanne, entre salle de Chaumont.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de trente-sept ans, bien portant, mère morte à trente ans de bronchite chronique, qui durait depuis cinq ans ; aurait eu plusieurs hémoptysies. A eu cinq enfants, tous vivants et bien portants ; le plus âgé a douze ans, la plus jeune vingt-deux mois.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par sa mère jusqu'à six mois. Première dent à six mois, a marché à onze mois puis est restée cinq mois sans pouvoir marcher. A été soignée pendant deux mois, novembre et décembre 1900, salle Gillette, pour bronchite aiguë et otite ; a eu la coqueluche pendant son séjour à l'hôpital.

Actuellement l'enfant présente une otite gauche et de la stomatite herpétique.

Depuis huit jours il est triste, mange avec beaucoup moins d'appétit et présente une légère élévation de la température.

On constate sur le bord gauche de la langue et sur le voile

du palais cinq ou six petites ulcérations larges d'un millimètre environ ; il n'y a pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, ni de fétidité de l'haleine. Pas de troubles de la salivation, ni de la déglutition, ni diarrhée, ni constipation.

Traitement. — Lavage de la bouche avec :

Chlorate de potasse.....	4 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

24 mai. — Température de 38 degrés est tombée à 37° 6. Légère amélioration ; les ulcérations se cicatrisent.

20 mai. — Température à 37° 2 ; état très amélioré ; l'enfant sort guérie le 30 mai.

OBSERVATION III

Garçon de quinze mois. — Stomatite herpétique

21 mai 1901. A... René, entre salle de Chaumont à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de vingt trois ans, cartonnier actuellement au service militaire, bien portant. Mère âgée de vingt-trois ans, bien portante, a eu deux enfants ; l'aîné a quatre ans est bien portant.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au biberon, en nourrice. Première dent à neuf mois, ne marche pas encore, n'a jamais été malade.

Depuis huit jours, l'enfant a de la fièvre, de l'inappétence ; le 18 mai la mère s'est aperçue qu'il présentait dans la bouche quelques petites ulcérations.

Etat actuel. — L'enfant présente sur la face inférieure de la langue, la face interne des joues, le voile du palais de petites ulcérations circulaires, larges comme un grain de mil-

let, d'aspect rosé par endroits, grisâtres par ailleurs entre lesquelles sont disséminées des vésicules d'herpès. La déglutition n'est pas gênée, l'enfant boit facilement. Il n'y a pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, ni d'hypersécrétion salivaire ; pas de température.

Traitement. — Lavage de la bouche avec :

Chlorate de potasse.....	4 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

L'enfant sort guéri le 29 mai 1901.

OBSERVATION IV

Fille de deux ans. — Stomatite herpétique

5 octobre 1902. C... Germaine, entre salle de Chaumont, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de quarante-deux ans, maçon, bien portant. Mère, âgée de quarante et un ans, a souvent des bronchites, a eu six enfants, dont trois vivants, le premier bien portant, le deuxième est en traitement à Berk pour mal de Pott, le troisième, en temps ordinaire bien portant, a eu la diphtérie à l'âge de deux ans et demi, et trois morts l'un à dix-neuf ans de la variole, un deuxième de la diphtérie à l'âge de deux ans, et un troisième de la coqueluche à l'âge de dix-huit mois.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par la mère, sevrée à vingt mois. Première dent à quatre mois et demi ; premiers pas à un an. Pas de maladies antérieures.

Dans la nuit du 2 au 3 octobre, l'enfant a brusquement eu

de la fièvre ; le lendemain ses parents purent observer sur la lèvre supérieure de l'enfant deux petites vésicules blanchâtres, non ulcérées. Ultérieurement sont apparues sur les bords de la langue des vésicules analogues.

L'appétit est conservé ; l'enfant sort guérie quelques jours après.

OBSERVATION V

Fille de deux ans. — Stomatite herpétique

28 octobre 1902. R... Jeanne, entre salle de Chaumont, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Pas de renseignement sur les antécédents héréditaires et personnels.

L'enfant a bonne apparence, néanmoins est rachitique : elle présente un chapelet costal, de l'incurvation des os longs, un ventre ballonné.

Les appareils pulmonaire et circulatoire ne présentent rien de particulier. L'examen de l'appareil digestif montre une langue très saburrale ; on remarque d'autre part de petites vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle sur l'amygdale droite, sur la langue et la muqueuse buccale ; sur la face interne de joues et des lèvres de petites ulcérations de grandeur variable.

Traitement. — 1° Diète, liquide, bouillon, lait.

27 novembre { Calomel / Scammonée / Sucre en poudre } ââ 0 gr. 10 / 0 gr. 50

Pour un paquet n° 1.

A prendre à jeun dans une cuillerée à café d'eau sucrée.

2° Lavages de la bouche trois ou quatre fois par jour avec :

Chl. de potasse...	8 gr.
Eau.....	200 gr.

29 novembre. — La température monte à 38° 1 ; le 30 novembre à 38° 6 ; la stomatite va cependant beaucoup mieux, les jours suivants elle est à 37°2 et reste à ce niveau.

2 décembre. — Première ascension à 38° 3, chute de température persistant les jours suivants. Enfin, le 5 décembre, brusque élévation à 38° 7, puis à 36° 7, et 40 degrés avec de grandes oscillations ; l'enfant présente à ce moment-là une éruption sur les membres inférieurs ; il passe à la salle Henri-Roger.

OBSERVATION VI

Fille de vingt-deux mois. — Stomatite herpétique

4 juillet 1903. B... Fernande, entre salle de Chaumont à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de cinquante-cinq ans, bien portant, mère, âgée de trente-deux ans, bien portante, a eu six enfants dont trois sont vivants et bien portants, les trois autres sont morts, un à six semaines de congestion pulmonaire, un autre à un mois de diarrhée verte, et le troisième à vingt-deux mois de bronchite.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par la mère, sevrée depuis un mois. Première dent à un an ; premiers pas à onze mois. Aucune maladie antérieure.

Depuis deux jours l'enfant ne mange pas ; elle a un peu de diarrhée, est abattue. Elle a dans la bouche de nombreuses petites plaques blanchâtres qui n'existaient pas la veille. Le 4 juillet à son entrée à l'hôpital l'état général de la malade est assez satisfaisant ; le facies ne présente rien de particulier.

Dans la bouche on remarque une série d'ulcérations superficielles, les unes arrondies, les autres allongées, ayant un aspect diphtéroïde ; elles siègent sur la face interne des joues, sur la face interne de la lèvre supérieure. L'haleine n'est pas fétide, les ganglions ne sont pas engorgés.

La température est peu élevée.

On fait des lavages avec l'eau oxygénée.

Le 6 juillet amélioration des lésions ; le 11 il ne persiste qu'une petite ulcération sur la lèvre supérieure. L'enfant sort guérie le 15 juillet.

OBSERVATION VII

Fille de vingt et un mois. — Stomatite herpétique

5 novembre 1903. D... Marguerite entre salle de Chaumont à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de vingt-quatre ans, bien portant, mère âgée de vingt-trois ans, bien portante, n'a eu que cette enfant.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par sa mère, sevrée à quinze mois, depuis nourrie comme ses parents.

Première dent à treize mois, commence à marcher. Rougeole

à un an ; bronchite et varicelle à dix-neuf mois ; entérite à vingt mois.

Entre à l'hôpital pour stomatite qui date de quelques jours.

Etat actuel. — L'état général est assez bon, l'enfant pèse 9 kilogs ; la fontanelle antérieure est soudée ; elle a 12 dents.

Elle présente à la commissure labiale gauche une vésicule d'herpès.

La langue est saburrale et porte dans son tiers antérieur et sur ses bords quelques petites ulcérations herpétiques ; sur le pilier antérieur droit siègent quelques vésicules.

Pas de température.

Traitement. — Badigeonnage des parties malades avec de l'eau oxygénée. Régime lacté et eau de Vichy.

L'enfant sort guérie le 15 novembre.

OBSERVATION VIII

Fille de trois ans et demi. — Stomatite herpétique

20 novembre 1903 C... Germaine entre salle de Chaumont à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de vingt-sept ans, bien portant. Mère âgée de vingt-cinq ans, bien portante, a eu quatre enfants tous vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par la mère jusqu'à onze mois. Premiers pas à un an. Pas de rougeole ; pas de maladie antérieure.

L'enfant est malade depuis le 18 novembre ; elle a eu des accès de toux, sans vomissement.

Etat actuel. — La gorge est rouge ; sur les lèvres on aper-

çoit quelques vésicules herpétiques. Les gencives sont un peu congestionnées et recouvertes d'un exsudat brunâtre. L'haleine est fétide ; la langue saburrale. La température est à 38°6.

Traitement. — Lavage de la bouche avec l'eau oxygénée.

Les jours suivants la température descend progressivement et l'enfant sort guérie, cinq jours après, le 25 novembre.

OBSERVATION IX

Fille de sept ans. — Stomatite herpétique et amygdalite.

28 novembre 1903. V... Marie entre salle de Chaumont, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de cinquante-trois ans d'une laryngite tuberculeuse. Mère vivante, a de la bronchite chronique.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par sa mère jusqu'à l'âge de treize mois. Première dent à huit mois ; premiers pas à seize mois. Rougeole à trois ans ; coqueluche il y a trois mois, varicelle en même temps.

La maladie actuelle a débuté le 20 novembre ; l'enfant s'est plainte de la gorge ; les ganglions du cou étaient gros et l'on remarquait des vésicules herpétiques sur la face interne des lèvres, sur les bords de la langue.

Etat actuel. — L'enfant est maigre, pâle, ne pèse que 19 kil. 500 ; elle ne présente pas d'adénopathie inguinale ni axillaire ; pas de fièvre. Le pouls est plutôt lent. 68 pulsations à la minute. Rien à l'appareil respiratoire. L'enfant est constipée.

L'examen de la bouche montre une langue très saburrale ; l'haleine est fétide ; les amygdales sont grosses, rouges et l'a-

mygdale gauche présente en plus une ulcération superficielle : sur la langue se trouve une ulcération analogue. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Traitement. — 1° Gargarisme avec :

Chlorate de soude.....	10 gr.
Sirop de mûres.....	40 »
Décoction de feuilles de ronces.	250 »

2° Prendre le matin à jeun :

Citrate de magnésie.....	15 gr.
Eau distillée.....	150 »

L'enfant sort guérie le 3 décembre.

OBSERVATION X

Fille de quatre ans et demi. — Stomatite herpétique

5 novembre 1904. C... Marthe entre salle de Chaumont.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de quarante-deux ans, bien portant. Mère âgée de quarante ans, bien portante, a eu deux enfants vivants et bien portants. Pas de fausses couches.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par la mère. A marché à l'âge de quinze mois. Coqueluche à deux ans et demi. Angine pultacée à l'âge de trois ans, soignée salle de Chaumont (année 1903). On lui fait une injection de sérum de Roux, puis la diphtérie se confirmant elle passe au pavillon spécial. Quelques mois après ganglions suppurés du cou ; traitement chirurgical. En avril 1904, rougeole.

La maladie actuelle a débuté le 30 octobre par un mal de gorge ; puis, le 2 novembre, apparition de petites vésicules sur la langue et les gencives, sur les lèvres, plus particulièrement sur la lèvre inférieure, sur la face interne des joues, la voûte palatine. Les amygdales sont grosses et saillantes, rouges, rouge aussi le voile du palais et les piliers antérieurs. La salivation est abondante.

Traitement. — Régime lacté ; lavage de la bouche à l'eau oxygénée.

L'enfant sort guérie le 13 novembre.

OBSERVATION XI

Garçon de quatorze mois. — Stomatite herpétique, herpès l bial et digital

17 octobre 1905. M... Joseph entre salle de Chaumont, parce qu'il tousse et a de la fièvre.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de vingt-huit ans, bien portant. Mère âgée de vingt-cinq ans, bien portante, n'a eu que cet enfant.

Antécédents personnels. — Né avant terme, au septième mois de la grossesse. Nourri au sein par la mère jusqu'à treize mois ; depuis mange des bouillies, de la soupe, un peu de viande. Première dent à dix mois. Ne marche pas encore. A quatre mois, l'enfant a fait une maladie dont la nature ne peut être précisée par les parents et qui l'a obligé à garder le lit pendant six semaines. A onze mois, a eu pendant deux semaines la diarrhée verte.

La maladie actuelle dure depuis un mois ; il y a huit jours

l'enfant a eu 40 degrés de fièvre ; il tousse, est constipé, a des vomissements, surtout la nuit ; ne mange pas, ne dort pas.

Etat actuel. — L'enfant qui pèse 8 kil. 620, présente sur la figure, disséminé sur le pourtour des lèvres ; de petites vésicules herpétiques. Sur la face interne de la lèvre inférieure on voit de petites ulcérations recouvertes d'un exsudat blanchâtre, diphtéroïde et saignant facilement. La langue est sabburale et sur la pointe présente quelques vésicules herpétiques. A l'index droit, que l'enfant a continuellement dans la bouche, on remarque également quelques vésicules arrivées à la suppuration et entourées d'une petite zone de peau très rouge.

Traitement. — 1° Alimentation n'exigeant pas de mastication (pas de vin, thé, etc.), mais seulement lait, purées légères.

2°. Lavages de la bouche avec :

Eau oxygénée....	100 gr. à 12 volumes
Eau de Vichy....	100 gr.

L'enfant sort guéri le 26 octobre.

OBSERVATION XII

Fille de vingt et un mois. — Stomatique herpétique

21 novembre 1905. J... Georgette-Emma entre salle de Chaumont.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de quarante-huit ans, courtier en cheveux, bacillaire, tousse beaucoup. Mère âgée de trente-huit ans, bien portante, ne tousse pas, a eu huit enfants, les sept premiers sont morts, trois nés à terme et macérés, un

autre mort à la suite de convulsions, un autre de tuberculose ; enfin deux de maladie dont la nature ne peut être précisée ; pas de fausses couches.

Antécédents personnels.— Née à terme après une grossesse normale et un accouchement très laborieux ; le travail aurait duré trois jours. Elevée au biberon par la mère, après l'avoir nourrie deux mois au sein. Depuis deux mois l'enfant prend des bouillies à la farine d'avoine et un œuf par jour. Première dent à cinq mois. Premiers pas à quatorze mois. Pas de maladie antérieure, l'enfant nerveuse a des convulsions.

La maladie actuelle a débuté le 17 novembre, par des douleurs dans la bouche, accentuées surtout au moment de la déglutition ; puis la mère a remarqué sur la langue de petites vésicules blanchâtres. L'enfant boit facilement mais refuse toute nourriture.

Etat actuel. — L'enfant ne pèse que 9 kilogrammes. Elle présente au niveau de la narine gauche et au pourtour de la bouche trois ou quatre vésicules herpétiques. Il y a hypersécrétion des glandes salivaires et la salive coule presque continuellement en dehors de la bouche ; la langue est presque toujours en dehors de la bouche, elle présente à son extrémité de petites vésicules arrondies de la grosseur d'une grosse tête d'épingle, sur les parties postérieures des placards grisâtres diphtéroïdes. Le voile du palais est blanchâtre et sur la gencive gauche inférieure se trouve une large plaque blancheherpétique.

Traitement. — Lavage de la bouche à l'eau oxygénée.

L'enfant sort guérie le 26 novembre.

OBSERVATION XIII

Garçon de quatorze mois. — Stomatite herpétique avec herpès labial et facial

5 décembre 1905. B... Emile, entre salle de Chaumont.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, mécanicien, bien portant. Mère vivante, bien portante, a eu un autre enfant bien portant, pas de fausse couche.

Antécédents personnels. — Né à terme ; nourri au biberon, bien réglé. Depuis l'âge de six mois prend deux potages par jour. Pas de fièvre éruptive. A l'âge de deux mois a subi l'ablation de polypes nasaux et la cautérisation de ses amygdales qu'il avait énormes. Première dent à sept mois ; en a actuellement quatorze. Ne marche pas encore.

La maladie actuelle a débuté il y a neuf jours par de la fièvre vespérale, deux jours après plus de fièvre mais la mère remarque sur la langue de petites ulcérations qu'elle traite sans succès par un collutoire au borate de soude. Depuis deux jours quelques vésicules herpétiques ont apparu sur les côtés du menton.

Etat actuel.—Enfant en bon état, pèse 10 kil. 200 et malgré l'allaitement artificiel ne présente aucun signe de rachitisme. La fontanelle n'est pas très large, il n'y a pas de nouûres, mais six dents seulement. Rien aux divers appareils pulmonaire, circulatoire. Sur la lèvre inférieure et sous le menton à gauche on remarque une petite vésicule herpétique : de même sur la face dorsale de la langue, sur la face interne de la lèvre supérieure on voit disséminées sans ordre de petites vésicules

herpétiques, blanchâtres et de la grandeur d'un grain de mil. En face de l'incisive supérieure médiane se trouve une ulcération de 3 à 4 millimètres de diamètre. Sur la face interne de la lèvre inférieure se trouve également deux petites ulcérations, sur le bord gauche du voile du palais il s'en trouve une grande de 6 à 7 millimètres de diamètre, sur sa portion membraneuse se voient quelques vésicules.

Traitement. — 1° Alimentation lactée ;

2° Lavage de la bouche avec :

Chlorate de potasse..... 4 grammes

Eau distillée..... 100 grammes.

L'enfant sort guéri le 7 décembre.

OBSERVATION XIV

Fille de quatre ans. — Stomatite herpétique et grippe

30 mars 1906. P... Marie-Louise entre salle de Chaumont parce qu'elle tousse.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de vingt-quatre ans. bien portant. Mère âgée de vingt-huit ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au biberon à la campagne. Première dent ? Premiers pas à un an. Rougeole au mois d'août 1906. Varicelle il y a deux mois.

La maladie actuelle a débuté le 26 mars par une fièvre assez forte et de la toux.

Etat actuel. — L'enfant est petite, pèse 13 kilogrammes et présente un chapelet costal très net. Au niveau de la poitrine on voit des cicatrices consécutives à la varicelle. A l'auscultation des poumons on entend des râles sous-crépitants aux deux bases, et des râles ronflants disséminés dans toute l'étendue d

la poitrine, en avant et en arrière. Rien au cœur. Foie normal. Albuminurie légère. Température à 40 degrés le soir, 37 degrés le matin, 41 degrés le 31 mars.

Traitement : Emetique..... 0 gr. 02
Poudre d'ipéca... 0 gr. 20
Sp. d'ipéca..... 30 grammes

A prendre le matin à jeun par cuillerées à café de cinq en cinq minutes.

1er avril. — L'état de l'enfant est le même ; elle a quatre selles jaune d'ocre.

2 avril. — Température toujours très élevée, 40° 5 le soir, on donne de la quinine, la diazo-réaction est positive.

3 avril. — Température toujours élevée, on donne encore de la quinine.

4 avril. — La température est tombée à 37° 6.

6 avril. — L'enfant est somnolent, le facies est celui d'une typhique, mais pas de taches rosées ; le pouls est à 110, un peu dicrote. L'enfant a un peu de diarrhée. La rate n'est pas percutable. Aux bases on entend quelques râles de bronchite. Le séro-diagnostic à 1/30 est négatif. Les urines sont claires.

7 avril. — La diarrhée persiste ; les selles sont jaunes et fétides. On remarque d'autre part une poussée d'herpès sur les lèvres et sur la langue. On purge l'enfant avec de l'huile de ricin ; on lui donne matin et soir deux bains à 36 degrés pendant dix minutes et des lavements froids ; la température tombe à 37°4 pour s'y maintenir les jours suivants ; les vésicules herpétiques disparaissent et l'enfant sort guérie le 23 avril 1906.

OBSERVATION XV

Fille de vingt-sept mois. — Stomatite herpétique. — Glossite

21 octobre 1906. J... Berthe, entre salle de Chaumont.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux depuis deux ans. Mère a souvent des bronchites, aurait une arthrite tuberculeuse de l'épaule. A eu six enfants ; deux sont morts, l'un à la suite de la rougeole, l'autre de méningite tuberculeuse ; des quatre vivants, trois sont bien portants, le quatrième a eu une pleurésie purulente il y a trois mois.

Antécédents personnels. — Née à terme. Allaitement mixte : sein de la mère et bouillies à la farine lactée. Première dent à six mois. Premiers pas à neuf mois. Rougeole à cinq mois.

La maladie actuelle a débuté il y a quatre jours, le 17 octobre, par de la fièvre et de la douleur à la déglutition. La mère remarque sur la face supérieure de la langue de très nombreuses vésicules herpétiques de forme et de grandeur variable ; sur la face interne des lèvres se trouvaient également quelques vésicules herpétiques.

Etat actuel. — Salivation très abondante. Langue très volumineuse faisant saillie entre les dents et présentant sur la partie supérieure des ulcérations et des vésicules miliaires. Au niveau des amygdales on voit également des ulcérations punctiformes ; sur la lèvre supérieure à droite, une croûte jaune d'une épaisseur de 1 millimètre environ, recouvre un placard herpétique. Pas de température.

Traitement. — 1° Régime lacté absolu ;

2° Attouchements antiseptiques plusieurs fois par jour avec :

Eau oxygénée à 12 vol. . . . } ââ
Eau de Vichy. . . . . }

24 octobre. — Amélioration très sensible. Langue moins grosse.

25 octobre. — La langue rentre facilement dans la bouche, elle a une couleur rosée normale et l'enfant sort guérie le 27 octobre.

OBSERVATION XVI

Fille de treize mois. — Stomatite herpétique et herpès labial

23 octobre 1906. O... Georgette, entre salle de Chaumont.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de quarante et un ans, tuberculeux et alcoolique. Mère âgée de quarante deux ans, cardiaque ; a eu neuf enfants, deux sont morts de méningite tuberculeuse ; deux sont nés avant terme ; les sept vivants sont assez bien portants sauf l'entrante.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par la mère jusqu'à six mois, puis au biberon. Première dent à onze mois, commence à marcher. Depuis sa naissance l'enfant tousse fréquemment.

Il y a deux jours l'enfant a eu brusquement de la fièvre et dans la bouche, surtout au niveau des gencives congestionnées par la poussée dentaire, la mère a remarqué de petites ulcérations et de petites plaques blanchâtres ; sur le corps apparaît en même temps une éruption scarlatiniforme.

Etat actuel. — L'éruption a disparu, mais sur la langue et les gencives persistent des petits placards de membranes couen-

neuses, de peu d'épaisseur, à contour polycyclique et à la partie profonde très adhérente. On remarque également des ulcérations superficielles laissant voir un derme rougeâtre. Autour de la bouche, nombreuses vésicules herpétiques. Traitement habituel.

L'enfant sort guérie le 28 octobre.

OBSERVATION XVII

Fille de quatre ans. — Stomatite herpétique et bronchite

2 novembre 1906. D... Germaine entre salle de Chaumont.

Antécédents héréditaires. — Père mort de paralysie générale progressive. Mère, vivante, rhumatisante, tousse beaucoup, a eu une pleurésie il y a douze ans. Elle a eu trois enfants, dont l'un a été envoyé à Hendaye, l'autre se porte bien et l'entrante qui tousse souvent, ne se porte pas bien.

Antécédents personnels. — Née à terme après une grossesse normale et un accouchement naturel. Nourrie au sein par la mère jusqu'à dix-huit mois.

Convulsions à l'âge de dix-sept mois, suivies d'une bronchite et d'une pneumonie. A l'âge de trois ans diphtérie suivie de rougeole traitée à l'hôpital Trousseau. Congestion pulmonaire il y a deux mois, traitée salle Parrot à l'hôpital des Enfants-Malades. Depuis lors tousse constamment. Il y a une quinzaine de jours, coryza aigu très violent. Il y a huit jours, point de côté, céphalalgie, pas d'épistaxis, mais vomissements pendant trois ou quatre jours avec une constipation opiniâtre. S'est plainte en même temps de douleur dans la gorge surtout au moment de la déglutition.

Etat actuel. — Toux violente avec quintes le matin ; sur la langue et sur les parois internes de la bouche, ulcérations qui ont fait suite aux vésicules herpétiques apparues il y a quatre jours. Les ulcérations sont situées plus particulièrement sur les bords et la face inférieure de la langue, sur le voile du palais, les amygdales, les érosions sont tout à fait superficielles, elles sont arrondies et de la grandeur d'une grosse tête d'épingle. D'autre part, il y a aux angles de la mâchoire une adénopathie. A l'auscultation la respiration est très rude, presque soufflante, avec râles de bronchite aux deux sommets. Il y a à la percussion de la submatité à la base gauche. Pas de température.

Traitement. — L'enfant est mise au régime lacté, on lui lave plusieurs fois par jour la bouche avec de l'eau oxygénée mélangée à parties égales d'eau de Vichy.

L'enfant sort guérie le 11 novembre 1906.

OBSERVATION XIX

Fille de douze ans et demi. — Stomatite herpétique

2 avril 1907. C... Blanche, entre salle de Chaumont.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire à l'âge de trente cinq ans, a vécu avec ses enfants pendant toute la durée de sa maladie.

Mère bien portante. A un autre enfant, âgé de dix ans et demi, pâle et maigre, sans stomatite à l'heure actuelle.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein jusqu'à quatorze mois.

Première dent à onze mois ; premiers pas à quatorze mois. Jamais de signes de rachitisme. Rougeole et coqueluche. A

six ans à la suite d'un refroidissement, aurait eu de la fièvre, de la bouffissure du visage et de l'albumine dans les urines. Cette albuminurie aurait duré quinze jours et ne se serait jamais reproduite.

Depuis un mois l'enfant se plaint de céphalée, d'une fatigue générale, du ventre, tousse un peu. Anorexie. Le 29 mars il se produit une petite tumeur sous le maxillaire inférieur du côté droit. L'enfant se plaint en même temps de la gorge et la déglutition lui est très douloureuse ; elle ne peut prendre qu'un peu de lait.

30 mars. — L'enfant remarque des vésicules sur la face dorsale de la langue ; le soir du même jour elle en remarquait à la face interne des lèvres. Elle éprouve une sensation de brûlure ; la salivation est très abondante ; la fièvre, très forte au début, a diminué les jours suivants. L'anorexie persiste ; pas de vomissements, mais constipation.

Etat actuel. — L'haleine est fétide. L'adénopathie sous-maxillaire du côté droit est très marquée et douloureuse. Les lèvres sont sèches et tuméfiées ; sur la face interne de la lèvre inférieure on aperçoit une dizaine d'ulcérations de grandeur variable, 2 à 5 millimètres en moyenne. Les unes ont un contour arrondi, les autres sont irrégulières. Quelques-unes sont confluentes, couvertes d'un enduit blanchâtre et entourées d'une zone rouge enflammée. Près de la commissure labiale, sur la face interne de la joue, se trouve une grosse vésicule d'herpès. il y en a quatre en voie d'ulcération sur la muqueuse de la lèvre supérieure. La langue est saburrale, les papilles sont saillantes, sur la face dorsale à 2 centimètres en arrière de la pointe, il y a plusieures ulcérations disséminées sans ordre. Juste à la pointe une vésicule, une autre se trouve à 1 centimètre à gau-

che. Le reste de la muqueuse est indemne. Pas d'autres ulcérations, ni de vésicules sur le plancher buccal ou sur le voile. Rien à la gorge. Toute la muqueuse est sensible et l'examen avec l'abaisse langue provoque une salivation abondante. Rien d'anormal aux autres appareils. Légère douleur péri-ombilicale.

Traitement. — Repos, lait, badigeonnage des parties malades avec de l'eau oxygénée.

3 avril. — La température est à 37 degrés. L'état local s'est un peu amélioré, la muqueuse est moins sensible ; la vésicule de la commissure s'est rompue en laissant une petite ulcération. Pas de nouvelle poussée. L'enfant qui avait uriné la veille dans son bain n'a pas uriné depuis, n'a pas eu de selles.

4 avril. — La constipation et la rétention d'urine persistent ; on sonde l'enfant et dans l'urine obtenue on ne trouve pas de traces d'albumine. L'enfant est nerveuse, elle pleure continuellement.

5 avril. — La température est à 37°4. La muqueuse buccale est beaucoup moins enflammée, presque plus douloureuse, la salivation reste abondante. Les ulcérations ont diminué d'étendue, l'état général est bon ; la malade est toujours constipée.

6 avril. — On n'aperçoit plus que deux petites ulcérations sur la face interne de la lèvre inférieure, une petite sur la lèvre supérieure, sur la langue elles ont disparu en laissant de petites taches rouges. L'haleine n'est plus fétide, l'état général est bon ; la malade sort le 7 avril guérie.

OBSERVATION XX

Fille de dix-huit mois. — Stomatite herpétique Erysipèle et impétigo

30 avril 1907. V... Marcelle entre salle de Chaumont.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de trente-cinq ans, tousse beaucoup, mère morte il y a un mois de tuberculose, a eu un autre enfant de dix ans bien portant.

Antécédents personnels. — Née à terme; nourrie au sein par la mère. Pas de renseignements sur l'apparition des premières dents et sur les premiers pas.

27 avril. — La personne de garde près de l'enfant a remarqué de petites plaques rouges sur sa langue ; d'ailleurs l'enfant buvait difficilement, avait de la fièvre, mais pas de diarrhée ni de vomissements ; l'enfant tousse un peu.

Etat actuel. — L'enfant a bonne apparence, elle pèse 9.500 gr.; pas de fièvre. L'haleine est fétide, la muqueuse buccale un peu rouge, surtout au niveau des gencives. Sur la face interne de la lèvre inférieure, un peu à gauche de la ligne médiane, on remarque une érosion couverte d'un enduit blanc diphtéroïde et entourée d'une petite zone inflammatoire. Près de la commissure droite se trouve une érosion semblable ; par ailleurs se trouvent disséminées quelques érosions beaucoup plus petites, punctiformes. Rien à la lèvre supérieure. A la pointe de la langue il y a une exulcération de 2 centimètres de diamètre transversal et de 5 millimètres de diamètre antéro-postérieur. Elle empiète sur la face dorsale surtout, à peine sur la face inférieure ; son contour est irrégulier, polycyclique, en carte de géographie et entourée d'une mince zone de muqueuse rouge

enflammée. En arrière de cette grande ulcération sont disséminées quelques petites érosions de moindre importance. A la face interne des joues on ne remarque rien ; pas d'herpès labial.

Rien sur les amygdales, langue légèrement saburrale. Adénopathie à l'angle gauche du maxillaire inférieur. adénopathie non douloureuse.

2 mai. — L'état général est bon : les plaques ulcérées des lèvres diminuent de dimensions.

4 mai. — Brusque ascension de la température à 40 degrés, l'enfant tousse : râles sibilants aux deux bases ; la stomatite est en voie d'amélioration.

5 mai. — L'ulcération linguale a beaucoup diminué, elle est recouverte d'un enduit blanchâtre. Les ulcérations des lèvres sont guéries. Sur le front est apparu une plaque rouge, erysipélateuse, surélevée, limitée par un bourrelet très net, et d'une consistance très ferme. L'impétigo de la tête est probablement la porte d'entrée de cet érysipèle. L'enfant n'a pas vomi, mais elle est abattue, et la fièvre est toujours très forte. Au devant du tragus de l'oreille droite se voit une plaque érysipélateuse assez semblable à celle du front, mais beaucoup plus petite. L'enfant continue à tousser et l'auscultation permet d'entendre de nombreux râles, surtout au sommet gauche.

On fait sur les plaques d'érysipèle des onctions avec la pommade ichtyolée à 1/10.

7 mai. — La plaque linguale a presque disparu, il ne reste à la place que deux petits points blancs : l'érysipèle est en voie d'amélioration.

8 mai. — La stomatite est guérie ; l'enfant a encore un peu de fièvre due probablement à son érysipèle qui est d'ailleurs très

amélioré. Quelques jours plus tard, le 12 mai, l'enfant sortait guérie.

OBSERVATION XXI

Garçon de huit ans. — Stomatite herpétique et angine

15 mai 1907. B..., entre salle de Chaumont.

Antécédents personnels. — L'enfant est d'habitude bien portant ; il y a cinq jours il a été pris brusquement de fièvre, 39°5 ; le surlendemain on s'est aperçu d'une violente stomatite, avec anorexie, difficulté de la mastication, de la déglutition, courbature, etc. La famille se compose de cinq enfants, les autres n'ont rien ; et le malade actuel ne boit jamais de lait.

Etat actuel. — On constate une rongeur vive de la muqueuse buccale avec enduit saburral épais de la langue. La gorge est couverte d'exsudats blanchâtres (amygdalite). Sur les gencives, à la face interne des lèvres, sur les bords de la lèvre inférieure, sur la voûte palatine, sur la face dorsale de la langue existent des érosions arrondies, de petite dimension, les unes isolées, les autres groupées. Ces érosions sont recouvertes d'un petit enduit très blanc jaunâtre. Elles sont très superficielles et ne causent pas de douleur à l'enfant.

Sous le maxillaire et près de l'angle existent des gonflements ganglionnaires ; à droite et en avant se voit une masse très douloureuse à la pression, adénite un peu insolite dans l'herpès de la bouche.

Traitement. — Attouchement des parties malades avec l'eau oxygénée coupée d'eau de Vichy ; compresses chaudes sur les glandes ; diète liquide.

L'enfant est guéri au bout de quelques jours.

OBSERVATION XXII

Fille de vingt-deux mois. — Stomatite herpétique

17 juin 1907. F..., âgée de vingt-deux mois, entre à la consultation pour douleurs dans la bouche.

L'enfant, qui a 16 dents, a été nourrie au sein jusqu'au 10 décembre 1906.

Elle est belle, pèse, habillée très légèrement, 14 kilogrammes. Elle mange beaucoup de bouillies sucrées, boit beaucoup de lait, elle est constipée.

Il y a un mois l'enfant a présenté de la fièvre, des sueurs, une éruption miliaire sur les poignets, les jambes, les fesses, etc.

Il y a huit jours, fièvre très forte ; le surlendemain l'enfant mettait ses doigts dans la bouche, bavait, car elle avait une salivation intense. On aperçoit 7 à 8 vésicules sur la langue, sur le frein de la lèvre inférieure, sur le palais, sur les gencives qui sont rouges et saignantes, sur la face interne des joues.

Il est facile aujourd'hui, huit jours après le début de la maladie, de voir qu'il s'agissait d'herpès buccal, de stomatite herpétique en voie de guérison. L'enfant n'a plus de fièvre, elle est gaie, seul persiste un peu d'érythème gingival.

OBSERVATION XXIII

Garçon de deux ans et demi. — Stomatite herpétique

30 juillet 1907. P..., entre salle de Chaumont.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de trente-sept ans,

bien portant. Mère âgée de trente-sept ans, bien portante, n'a eu que cet enfant, pas de fausses couches.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein par une nourrice jusqu'à neuf mois. Pas de renseignement sur l'éruption dentaire. Premiers pas à un an. Pas de maladie antérieure. Depuis quelque temps l'enfant toussait un peu. Le 27 juillet l'enfant a été très abattu, mangeait peu ; la nuit suivante apparition d'herpès périlabial.

Etat actuel. — Sur la face externe de la lèvre inférieure on constate quelques vésicules herpétiques, au niveau de la commissure labiale quelques ulcérations saignant facilement, des vésicules herpétiques également sur la face interne de la lèvre inférieure, sur la face interne des joues et sur la face dorsale de la langue.

Traitement. — Lavage de la bouche à l'eau oxygénée dédoublée, régime lacté.

L'enfant sort guéri le 8 août 1907.

OBSERVATION XXIV

Fille de trois ans. — Stomatite herpétique

17 mars 1908. J... Germaine, entre salle de Chaumont.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de trente ans, bacillaire, mais n'aurait jamais vécu avec l'enfant. Mère, âgée de vingt-deux ans, bien portante, a eu un autre enfant, bien portant, pas de fausses couches.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie six mois au sein par la mère. A marché à dix-sept mois. Varicelle à deux

ans, bronchite et angine à la même époque. Il y a quatre jours, incision d'un abcès à la fesse.

L'enfant a eu le même jour de la fièvre, a été très agitée pendant la nuit, n'a pu dormir. Le lendemain, la mère s'est aperçue que l'enfant avait des boutons dans la bouche ; depuis leur nombre n'a fait qu'augmenter.

Etat actuel. - L'enfant est amaigrie ; on constate quelques pyodermites sur le corps et un abcès de la fesse en voie de guérison.

Les gencives sont très rouges, saignent facilement. Les lèvres et les bords de la langue présentent de petites ulcérations, arrondies, de quelques millimètres de diamètre. Parmi ces ulcérations quelques-unes sont en partie recouvertes d'une membrane grisâtre, diphtéroïde et paraissent succéder à des vésico pustules rompues et ulcérées. La face dorsale de la langue, la voûte du palais présentent des bouquets de vésicules dont quelques-unes sont déjà ulcérées. A certains endroits elles sont confluentes et forment une ulcération plus large, à contours polycycliques. Les amygdales sont indemnes.

Traitement. — 1° Lavage de la cavité buccale avec :

Bicarbonate de soude ..... à 2 o/o
Eau oxygénée ..... | âà 100 gr.

2° Alimentation lactée.

20 mars. — Les vésicules ont disparu ; il ne reste qu'un piqueté ulcéré en voie de cicatrisation. Sur les bords de la langue et sur la voûte palatine existent encore deux ulcérations, situées en arrière près des piliers.

L'enfant sort guérie le 22 mars.

OBSERVATION XXV (Personnelle)

Garçon de deux ans. — Stomatite herpétique

4 avril 1909. M... Raymond entre salle Roger parce qu'il a une toux rauque et une éruption suspecte.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Une sœur âgée de trois ans bien portante.

Antécédents personnels. — Né à terme ; nourri au sein par sa mère. Première dent à un an. Premiers pas à quinze mois. Bronchite à dix-huit mois. Le 29 mars, l'enfant a été pris d'une toux rauque, le lendemain une éruption apparaissait sur tout le corps. Le 1er avril, la lèvre inférieure se tuméfie, le 2 avril la lèvre supérieure se tuméfie à son tour. Le 3 avril l'œdème augmente ; le 4 avril, l'œdème a diminué un peu en consistance tout en augmentant en surface.

Etat actuel. — L'enfant présente de la tuméfaction de la lèvre inférieure. Cette lèvre présente en outre sur sa face interne des ulcérations herpétiques. La lèvre supérieure est tuméfiée également, ainsi que la région voisine de la joue gauche. Les deux lèvres sont fissurées, et ces fissures sont probablement la porte d'entrée de l'infection. La langue est saburrale, l'haleine fétide. Il y a également des ulcérations sur la face dorsale de la langue. Cette tuméfaction des lèvres persiste jusqu'au 13 avril ; époque à laquelle on constate une diminution très sensible ; les ulcérations intra-buccales siégeant au niveau de la langue ont complètement disparu ; seules persistent deux ulcérations labiales, une à la commissure gauche et une à la partie moyenne de la face interne de la lèvre inférieure, ulcérations

très grandes, sur le bord des lèvres persistent des fissures qui se reproduisent à mesure que les premières guérissent.

On a fait pendant toute la durée de la maladie des lavages à l'eau oxygénée dédoublée et des attouchements des fissures avec de la teinture d'iode.

L'enfant sort guéri le 22 avril.

OBSERVATION XXVI (Personnelle)

Fille de cinq ans et demi. — Stomatite herpétique

22 avril. F... Cécile est amenée à la consultation parce qu'elle a de la stomatite herpétique.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de quarante ans, tuberculeux, éthylique. Mère, âgée de quarante ans, souvent malade, a eu un autre enfant qui se porte bien ; pas de fausse couche.

Antécédents personnels. — L'enfant étant amenée par une personne étrangère, il ne nous est pas possible d'avoir des renseignements complets. Elle est née à terme, a été nourrie au biberon, a eu la rougeole. Elle tousse très souvent ; d'ailleurs elle est soignée depuis un an pour une plaie du genou probablement tuberculeuse. Depuis le 19 avril l'enfant a un peu de fièvre, mange peu, mais boit beaucoup.

Etat actuel. — La dentition de l'enfant est très mauvaise ; au niveau de la face interne des lèvres, du voile du palais, de la voûte palatine et surtout à la partie médiane de la langue, on remarque des vésicules légèrement saillantes, de 1 à 2 millimètres de diamètre. Elles sont séparées de la muqueuse par un petit sillon rouge les délimitant très nettement ; la muqueuse congestionnée forme tout autour comme une petite couronne

rouge de 1 millimètre de diamètre, le restant de la muqueuse est saine. Au niveau de la langue les vésicules sont confluentes et forment des placards blanchâtres de 1 centimètre carré et plus d'épaisseur, mais très irréguliers quant à la forme et aux contours.

La langue est un peu framboisée sur les bords et sur la pointe ; elle est saburrale par ailleurs.

Ces temps-ci l'enfant ne buvait pas de lait, par contre elle buvait du vin pur ou coupé d'eau de Vichy, et même du rhum.

Traitement. — 1° Régime lacté exclusif ;

2° Lavages de la bouche avec de l'eau oxygénée dédoublée.

26 avril. — L'enfant revient à peu près guérie ; il reste seulement un petit placard membraneux au milieu de la langue ; les autres ont complètement disparu sans cicatrice, sans qu'on puisse voir où ils siégeaient.

Le régime lacté a été bien observé.

OBSERVATION XXVII (Personnelle)

Garçon de cinq ans. — Stomatite herpétique

2 mai 1909. M... Georges entre salle H.-Roger parce qu'il tousse, ne mange pas, etc.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de trente cinq ans, aurait eu une pleurésie. Mère, âgée de trente-six ans, aurait une bronchite chronique, a deux autres enfants bien portants, pas de fausse couche.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein jusqu'à six mois, puis au biberon. Pas de maladies éruptives, a marché à quatorze mois.

L'enfant a de la fièvre depuis le 29 avril, il tousse, se plaint de douleurs dans la bouche, ne mange pas.

Etat actuel. — Enfant en bon état ; la face est rosée ; la langue est saburrale au centre, rosée sur les bords. La muqueuse gingivale est congestionnée rouge. Au niveau de la face interne de la lèvre inférieure on remarque quatre ou cinq vésicules entourées d'une collerette rouge, formée par la muqueuse enflammée. Ces vésicules sont de la grosseur d'une tête d'épingle, opalines et transparentes.

Traitement. — Régime lacté et lavage de la bouche avec l'eau oxygénée dédoublée.

4 mai. — Il reste au niveau de la face interne de la lèvre inférieure une seule vésicule qui semble une petite perle enchâssée dans la muqueuse saine. On n'a pas constaté d'ulcération faisant suite aux premières vésicules. L'état général reste bon ; aux angles des maxillaires, polyadénopathie très douloureuse.

5 mai. — L'enfant ne présente plus rien.

OBSERVATION XXVIII (Personnelle)

Garçon de trois ans. — Stomatite herpétique

23 avril 1909. R... Georges entre salle de Roger pour stomatite herpétique.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme après une grossesse normale et un accouchement naturel. Nourri au sein par sa mère. A eu de l'entérite à l'âge de quatre mois.

La maladie actuelle a débuté il y a deux jours par de la fiè-

vre ; l'enfant ayant un peu de trismus et ne s'alimentant que difficilement est mis au régime lacté.

A l'examen de la bouche on constate des vésicules extrêmement nombreuses, disséminées sur toutes les parties de la muqueuse buccale ; elles sont plus particulièrement groupées au niveau de la lèvre inférieure, de la face interne des joues, de la langue et du voile du palais. Par ailleurs, la muqueuse est rouge, enflammée ; la langue est dépouillée comme une langue scarlatiniforme. Au niveau de la face interne des joues, de la face interne de la lèvre inférieure, les vésicules sont confluentes, formant à certains endroits des plaques blanchâtres de 2 ou 3 centimètres carrés de surface, de forme tout à fait irrégulière. Les vésicules, sauf au niveau de la lèvre inférieure, ne sont pas encore ouvertes, celles de la lèvre inférieure sont affaissées et montrent en leur milieu un orifice punctiforme par où sort à la pression un liquide séro-fibrineux. Les vésicules non ouvertes, isolées ou confluentes, sont par endroit opalescentes, par ailleurs jaunâtres. Elles sont peu surélevées et semblent enchâssées dans la paroi buccale. Leur contour très irrégulier est nettement délimité de la muqueuse saine par un sillon très rouge de muqueuse enflammée. L'haleine est fétide.

Les ganglions maxillaires sont légèrement enflammés et sont surtout perceptibles au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure.

L'enfant a également un peu de coryza.

La température est à 37°8.

L'examen bactériologique montre des staphylocoques.

On fait des lavages de la bouche avec de l'eau oxygénée dédoublée.

24 avril. — L'état de la bouche est à peu près le même : quelques vésicules sont ulcérées ; les gencives sont fongueuses.

25 avril. — Les ulcérations de la lèvre inférieure sont infectées par les grattages répétés que se fait à ce niveau l'enfant avec ses mains. La température est à 39 degrés. Les vésicules de la langue ont fait place à des ulcérations à fond jaunâtre et purulent.

26 avril. — La température reste à 39 degrés.

Les ulcérations sont recouvertes de pseudo-membranes.

27 avril. — La température est à 38 degrés.

L'enfant semble mieux : néanmoins le fond sanieux des ulcérations de la lèvre inférieure ne s'améliore pas.

30 avril. — L'enfant passe salle de Chaumont ; son état est légèrement amélioré ; la température est à 37°8.

3 mai. — Au niveau de la voûte palatine il reste une plaque diphtéroïde, blanchâtre, deux ou trois au niveau de la langue. La lèvre inférieure sur toute son étendue reste ulcérée. A la partie moyenne on aperçoit une nouvelle vésicule opaline comme une perle enchâssée dans la muqueuse qui la borde d'un petit sillon rouge.

4 mai. — Apparition de deux nouvelles vésicules au niveau de la lèvre inférieure. Le fond des ulcérations à ce niveau montre un piqueté rouge indiquant un bourgeonnement du derme. La langue est rose ; par ailleurs il ne reste plus rien, sauf un peu de rougeur au niveau des ulcérations guéries.

7 mai. — L'amélioration est très sensible. Au niveau de la face interne des joues, au niveau de la langue et de la voûte palatine, la muqueuse a repris sa couleur rosée normale. A la lèvre inférieure quelques petites ulcérations, et ailleurs où la

guérison est faite, la muqueuse est un peu boursouflée et rouge.

8 mai. — L'amélioration persiste ; les petites ulcérations de la lèvre inférieure ne sont pas encore complètement cicatrisées. L'état général reste très bon.

10 mai. — L'enfant sort guéri.

15 mai. — Il rentre salle de Roger suspect de rougeole et passe au pavillon des rougeoleux.

OBSERVATION XXIX (Personnelle)

Garçon de trois ans. — Stomatite herpétique et bronchite

6 mai. T... Eugène, âgé de trois ans, entre salle de Chaumont pour stomatite herpétique et bronchite.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de quarante ans, journalier, ne se porte pas bien. Mère morte il y a un mois de tuberculose. Auraient eu quatre enfants, les autres se portent bien.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein par sa mère jusqu'à l'âge de six mois, puis à l'allaitement mixte.

Première dent à quatre mois ; premiers pas à dix-huit mois.

Broncho-pneumonie à deux ans ; rougeole à un an et demi.

La maladie actuelle semble avoir débuté il y a quinze jours par des vomissements, de la diarrhée. L'enfant depuis est triste, abattu, mange peu. Auparavant il mangeait comme ses parents, de la viande, des légumes, buvait un peu de lait bouilli et du vin coupé d'eau.

A certains moments l'enfant est très oppressé ; il respire difficilement, a des quintes de toux très prolongées. Le 3 mai,

douze jours après les symptômes, des vésicules herpétiques apparaissent sur la langue. L'enfant ne peut plus manger et boit très difficilement.

Etat actuel. — L'enfant pèse 12 kgr. 100.

Il tousse par quintes très prolongées. A l'auscultation de poumons, on entend des râles sibilants et ronflants en avant et en arrière ; au sommet gauche la respiration est soufflante.

L'examen de la gorge montre à la pointe de la langue et un peu à droite une vésicule de 5 millimètres environ de diamètre, elle est très surélevée et paraît être rempli d'un liquide légèrement laiteux. Sur la face interne de la joue droite siège une vésicule analogue.

A droite, à l'angle du maxillaire inférieur, un peu d'adénopathie douloureuse à la pression.

L'enfant est mis au régime lacté, et on lui lave la bouche avec de l'eau oxygénée à 12 volumes dédoublée par une solution de bicarbonate de soude à 2 o/o.

La température est à 39 degrés.

On fait la cuti-réaction au niveau du V deltoïdien du bras droit.

7 mai. — Cuti-réaction nettement positive ; température à 38 degrés.

Les vésicules sont épaissies, moins transparentes ; la bronchite n'est pas améliorée.

8 mai. — Les vésicules de la joue ont disparu ; au niveau de la langue il ne reste qu'un point blanc ; à l'auscultation on trouve encore en avant et en arrière du thorax de nombreux râles de bronchite.

10 mai. — Les râles ont diminué ; la température est à 38° 5 ; le point blanc au niveau de la langue persiste.

11 mai. — La stomatite est complètement guérie, mais on constate une éruption scarlatiniforme sur le corps de l'enfant, la température est à 39 degrés. Pas de nausée ni de céphalée. Il passe salle Roger.

OBSERVATION XXX (Personnelle)

Garçon de sept ans. — Stomatite herpétique

10 mai 1909. L... André entre salle Henri Roger.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de trente-trois ans, sobre, bien portant. Mère, âgée de trente et un ans, bien portante, pas de fausse couche, a deux autres enfants en bonne santé, un autre est mort en bas âge,

Antécédents personnels. — Né à terme ; accouchement normal.

Nourri au sein jusqu'à l'âge de neuf mois. Première dent? Premiers pas à un an.

Rougeole à cinq ans ; en général bien portant.

La maladie actuelle a débuté le 9 mai par un changement brusque de caractère ; l'enfant est triste, ne joue plus. Il se plaint de céphalées. Pas de vomissements ; les selles sont normales.

Il entre le 10 mai avec 38° 3 de température.

Au niveau de la face interne de la joue gauche on constate une petite vésicule aplatie, blanchâtre. Au niveau des amygdales on remarque de petites ulcérations et quelques points blancs qui sont probablement des vésicules en régression.

Les amygdales sont rouges et grosses, la langue est rosée, humide, et ne présente pas de vésicules ; rien au niveau des lèvres.

Les ganglions du cou sont très engorgés sans être douloureux.

L'enfant a beaucoup de salive ; l'haleine n'est pas fétide.

La muqueuse buccale est rouge au niveau de l'isthme du gosier, par ailleurs elle est normale.

L'enfant est mis au régime lacté, lavage de la bouche avec la solution ordinaire d'eau oxygénée.

12 mai. — L'état de l'enfant est très amélioré, les amygdales sont moins grosses et moins rouges ; elles présentent cependant encore quelques petites ulcérations qui se cicatrisent. La vésicule de la joue a disparu sans laisser de traces.

13 mai. — Les amygdales ont repris leur coloration normale, l'enfant sort guéri.

CONCLUSIONS

La stomatite herpétique est une entité morbide nettement différenciée par son étiologie, par ses caractères anatomiques et cliniques des diverses stomatites érythémateuse, pultacée, ulcéreuse, aphteuse, etc.

Elle est due à l'infection de la muqueuse buccale par des microbes variés qui tantôt sont les hôtes normaux de la bouche et tantôt viennent du dehors ; les plus souvent rencontrés sont le streptocoque et le staphylocoque ; elle n'est pas contagieuse.

Son développement est favorisé par le manque d'hygiène, la mauvaise nourriture et toutes les causes locales ou générales susceptibles de léser la muqueuse buccale et d'en affaiblir la résistance.

Elle est un peu plus fréquente chez les filles que chez les garçons et s'observe surtout chez les enfants de deux à quatre ans.

C'est une maladie bénigne, à complications rares.

La durée peut être évaluée à sept jours environ.

Actuellement on doit rapporter à la stomatite herpétique tout ce que l'on décrivait autrefois sous le nom de stomatite aphteuse, sauf quand la contagiosité animale est établie.

La prophylaxie consiste à tenir la bouche propre, à supprimer et éviter tout ce qui peut irriter et infecter la muqueuse buccale.

Le traitement de choix est le gargarisme souvent répété d'eau oxygénée à 12 volumes dédoublée par une solution de bicarbonate de soude à 2 o/o.

Vu : le Président de la thèse
HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baginsky. — Traité des maladies des enfants. Traduction française, par L. Guinon et Kommer.

Batenam. — A practical synopsis of cutaneous diseases, 1re édition, 1813.

Bednar. — Die Krank der Mengel und sangl. Wien, 1850.

Bergeron. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article stomatite, page 166, tome XII.

Bouchard. — Thérapeutique des maladies infectieuses. Paris, 1889, p. 252.

Bouchut. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance. Paris, 1878.

Bretonneau. — Traité de la diphtérie, 249 et 250.

Brouardel et *Gilbert*. — Traité de médecine et de thérapeutique, tome XV.

Brocq. — Traitement des maladies de la peau. Paris, 1890.

Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies des enfants.

Caltot. — Dissertation sur l'angine tonsillo-palatine de nature simple. Thèse, 1827, n° 169.

Chaumier. — Gazette médicale de Paris, 21 août 1886.

Comby. — Revue des maladies de l'enfance. Septembre et octobre 1888. Traité des maladies des enfants, 1907.

Comby et *Grancher*. — Traité des maladies des enfants, tome II.

Cornil et *Babès*. — Traité des bactéries, 3e édition, 1890.

Damaschino. — Leçons sur les maladies des voies digestives. Paris 1890.

Bavid. — Stomatite aphteuse et son origine. Archiv. générales de médecine, p. 317, septembre et oct. 1887. Les microbes de la bouche. Paris, 1890.

Belest. — Possibilité de transmission de la fièvre aphteuse à l'homme par l'espèce bovine. Thèse Paris, 1881.

Deschamps. — Du diagnostic des stomatites et de l'examen de la bouche chez l'enfant.

D'Espine et *Picot.* — Manuel des maladies de l'enfance (Paris, 1889).

Dieutafoy. — Pathologie interne, t. II.

Doniel. — La stomatite aphteuse et son origine. (Archives de médecine, mars 1887).

Empis. — Etude de la diphtérite d'après une épidémie de cette maladie observée à l'hôpital Necker en 1848. (Archiv. génér. de médecine. 4e série, t. XXII, p. 129, 1850.)

Fernet (Ch.). — Article Bouche. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

Féron. — De l'angine herpétique. Thèse de Paris, 1858.

Franck (P). — De curandis hominum morbis, t. II, p. 111, 1892.

Feulard. — Herpès. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. (Paris, 1888).

Flessino. — La fièvre herpétique considérée comme une maladie infectieuse. (D. Archiv. f. Klin. med., XXXIV, p. 159).

Forchkeimer. — Etiologie de la stomatite aphteuse. (Med. News, 28 nov., 1891).

Frænkel (E.). — Archiv. für Pathol. Anatomie und physiologie (Baud. XIII, Heft. 3).

— Ueber die Anatomie und Etiologie der stomatitis aphtosa (Centralbatt für Klin. medical, 1888. p. 187).

Fruhwald. — Ueber stomatitis ulcerosa (Jahrbuch für Kinderheilkunde sud physische crzichund, p. 200, 1889).

Guersant. — Aphtes. Dictionnaire.

Gubler. — Herpès guttural (angine couenneuse commune) sur l'ophtalmie due à l'herpès de la conjonctive. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 3e série, p. 632, 1858.

Galippe. — Journal des connaissances médicales, 1890.

Gilbert et *Thoinot.* — Traité de médecine, t. XV.

Gubler. — Dictionnaire des sciences médicales (Art. Acescence).

Guyon et *Thierry.* — Archiv. de physiol., 1869.

Hadinger. — Congrès internat. des vétérinaires. (Vienne, 1865).

Hall. — Herpes of the Mouth. Wesmint. Hosp. rep. Lond., 1888.

Hénoch. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants. (Traduction de l'édition allemande par le Dr Hendrix, Paris, 1885).

Hirtz. — De la stomatite aphteuse infectieuse. (Journ. de méd. de Paris, nov. 1889.

Houssay-Ruault. — Archiv. de méd. des enfants, mars 1903.

Hugendschmidt. — Herpès de la bouche et des gencives (med. news, p. 676, 21 juin 1890.)

Hutinel. — Les maladies des enfants, tome III, Paris, 1909).

Julien. — Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole. (Thèse de Paris, 1876).

Laboulbène. — Recherches critiques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses, 1861.

Lasègue. — Traité des angines, 1868.

Legendre. — Traité d'antisepsie médicale, p. 194.

Legroux. — Cours de pathologie interne de la Faculté, 1881-1882.

Lingard. — Notes sur l'étiologie de l'ulcère buccal. (The. Lancet, juillet 1889).

Magitot. — Aphtes. (Gazette des hôpitaux, 23 nov. 1877).

Moizard et *Grenet.* — Sur la stomatite et l'angine ulcéreuse. Archiv. de méd. des enfants, oct. 1904, p. 5. 779. Que doit-on entendre par le mot aphte? Clinique de Bruxelles, 1905, XIX, 1-5. Pédiatrie pratique, Lille, 1905, III, 1-3.

Monti. — Zur Œtiologie und Pathogenese der stomatitis aphtosa Henocht Festchrift, Berlin, 1890, p. 461.

Netter. — Microbes pathogènes contenus dans la bouche d'un sujet sain. Maladies qu'ils engendrent. (Journ. de méd. et de chirurgie, août 1889.)

Nobécourt. — Précis des maladies des enfants, 1907.

Nocard et *Leclaigne.* — Encyclopédie d'hygiène et de méd. publique, 1890, t. I, p. 157.

Ollivier. — La fièvre aphteuse des vaches laitières et la stomatite chez les enfants. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, janv. 1892).

Parrot. — L'athrepsie (clinique des nouveau-nés.) Syphilis héréditaire et rachitisme (Paris, 1886).

Du Pasquier et *Voisin.* — Les aphtes confluents de la bouche chez l'enfant. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, août, 1903, p. 59).

Pierre. — Stomatites. Art dentaire, juillet 1891.

Pleuck. — Doct. de morbis cutan. class., X, gén., 3, p. 104, 1783.

Poulain. — Stomatites dans l'enfance et en particulier de la stomatite diphtéroïde impétigineuse. Thèse de Paris, 1892.

Proust. — Transmission de la fièvre aphteuse à l'homme par le lait des animaux malades. Revue d'hygiène et de police sanitaire, juillet 1888.

Ravet. — Séméiologie des ulcérations de la cavité buccale chez les nouveau-nés. Thèse de Paris, 1877.

Rilliet et *Barthez.* — Traité clinique et pratique des maladies des enfants. Paris, 1891.

Rondot. — Stomatite et angine dans la varicelle. Gazette hebdom. des sciences médicales de Bordeaux, 1889.

Ruault. — Article Stomatite du Traité de médecine de MM. Charcot et Bouchard.

Saint-Clair-Symmers. — Nouveau bacille chromogène trouvé dans les vésicules d'herpès labial, bacillus viridans. Brit. méd. j., 12 décembre 1891.

Schrakomp. — Deutsche medicinische Wochenschrift, n° 41, p. 892, 30 octobre 1887.

Seitz-Johannès. — Stomatite aphteuse et néphrite. Correspondanzblœtt für Schweizer aerzte, n° 22, p. 678, 19 novembre 1887.

Séjournet. — Quelques ulcérations de la muqueuse buccale chez les enfants. France médicale, Paris, mars 1890.

Sevestre. — Etude de clinique infantile à l'hospice des Enfants-Assistés. Paris, 1889-1890.

Sevestre et *Gaston*. — Sur une variété de stomatite diphtéroïde à staphylocoque (stomatite impétigineuse). Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 2 juillet 1891.

Stoll. — Ratio medendi, pars II, cap. X, p. 167.

Thirty. — Stomatite infectieuse (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, novembre 1889).

Thomas. — De l'antisepsie appliquée au traitement des affections parasitaires de la bouche et des dents (Thèse, Paris, 1891).

Tilhury Fox. — British medical journal, 1864. Journal of cutaneous med. (1868) Klin. diseases (1873).

Trousseau. — « Leçons cliniques sur les angines. Gaz. des hôpitaux, 1855, pp. 397, 398 et 473.

Vidal. — Annales de dermatologie et de syphiligr. (1878). Congrès international des sociétés médicales, 1878.

Vignal. — Recherches sur les micro-organismes de la bouche. Archives de physiologie, 1886-1887.

Weissemberg. — Zùr Uedertragung der aphteuseuche auf Kinder (Berliner Klinische Wochenschrift, n° 3, p. 61, janvier 1890).

Wesh (Ch.). — Maladies des enfants, 2e édition, p. 590.

William. — Reports on the diseases in London particulary diering the years, 1790-1800.

Worms (Jules). — Aphtes (in Dict. encyclopédique des sciences médicales).

Zit. — Arch. für Kinderheilkunde (juin 1887).

Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.